

OTROS ANTECEDENTES DE LOS SOLICITANTES - (V)	
Marcar cada uno de los antecedentes que han padecido los solicitantes:	
i. ¿Ha estado hospitalizado en los últimos cinco (5) años?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
ii. ¿Ha recibido tratamiento ambulatorio en los últimos dos (2) años?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
iii. ¿Ha sido sometido a alguna cirugía en los últimos cinco (5) años?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
iv. ¿Esta recibiendo tratamiento por alguna enfermedad o afección?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>

Solo si marcó alguno de los antecedentes anteriores (Cuadro V), complete el cuadro que sigue:

NUMERO DE PREGUNTA (Cuadro V)	NOMBRE DEL SOLICITANTE	CAUSAS O DIAGNOSTICOS Y TRATAMIENTOS	FECHA DESDE-HASTA	DURANTE CUANTO DIAS	DONDE RECIBE ATENCION MEDICA

EVALUACION FISICA - (VI)				
Complete las siguientes informaciones para cada nuevo solicitante:				
NOMBRE DEL SOLICITANTE	TENSION ARTERIAL, PULSO U OTRA	TIPO SANGRE	PESO	ESTATURA

ANTECEDENTES FAMILIARES - (VII)				
En este cuadro deberá completar los antecedentes del cuadro III que padecen los siguientes familiares				
RELACION DE FAMILIARES				
1. PADRE DEL TITULAR	3. ABUELO DEL TITULAR	5. PADRE DEL CONYUGE	7. ABUELO DEL CONYUGE	9. OTROS ESPECIFIQUE
2. MADRE DEL TITULAR	4. ABUELA DEL TITULAR	6. MADRE DEL CONYUGE	8. ABUELA DEL CONYUGE	
ESCRIBA DE LA LISTA ANTERIOR EL FAMILIAR A DESCRIBIR	ESCRIBA LA LETRA DE LA LISTA DE ANTECEDENTES (Cuadro III)	DIAGNOSTICOS Y TRATAMIENTOS		

LEER ANTES DE FIRMAR

Por la presente declaro que esta solicitud no contiene información falsa, engañosa ni incompleta. Entiendo que en el caso, de que esta solicitud resultase fraudulenta en parte o en su totalidad, la afiliación será cancelada y me veré expuesto/a a la posibilidad de acción judicial. Por la presente autorizo a mi médico profesional de la salud o cualquier otro establecimiento médico a ceder cualquier información médica o detallada respecto a mi salud a ARS SEMMA. Para afiliados al plan voluntario habrá un periodo de tres meses de carencia para cirugías, para los casos de altos costos se otorgara un periodo de seis meses.

Recibido por
Sello
Firma y Cedula del Solicitante